

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juin 1908, à 1 heure

PAR

Alfred LETAILLEUR

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FORMES RHUMATISMALES

De la Grippe

Président : M. HUTINEL, professeur
Juges { *MM. RAYMOND, professeur*
BAR, professeur
NOBÉCOURT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

—
1908

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		CH. RICHEL
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{	BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		PIERRE MARIE
Histologie.....		PRENANT
Opérations et appareils.....		QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		GILBERT
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		GILBERT BALLE
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
Clinique médicale.....	{	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants.....		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	{	LE DENTU
		BERGER
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{	PINARD
		BAR
Clinique gynécologique.....		RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI
Clinique thérapeutique.....		KIRMISSON
		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANCON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE ET A MA TANTE GEFFROY

AU DOCTEUR JACQUES DEBRAY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FORMES RHUMATISMALES DE LA GRIPPE
(*Pseudo-Rhumatisme grippal*)

INTRODUCTION

Au cours de la dernière épidémie de grippe, nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas dont le caractère insolite nous a frappé. Dans une petite agglomération, où, comme ailleurs, la grippe sévissait généralement et de façon bénigne, prenant plus volontiers la forme nerveuse (céphalée, abattement), nous avons vu chez plusieurs personnes ces symptômes de début faire place à des arthralgies assez intenses et toujours multiples. En dehors des douleurs spontanées et provoquées, les articulations ne présentaient à l'examen aucune réaction inflammatoire appréciable. Parfois les déterminations articulaires ne survenaient qu'au déclin d'une grippe bien caractérisée. De toute façon elles ne duraient que quelques jours (trois ou quatre jours

dix jours au plus). La fièvre légère du début et les douleurs cédaient rapidement à l'administration de salicylate de soude ; jamais il ne subsistait de raideur ou d'endolorissement articulaire. Ajoutons que pas un de nos malades ne présentait dans ses antécédents familiaux ou personnels de rhumatisme aigu ou chronique.

Aussi, chez des sujets non rhumatisants, la grippe nous paraissait affecter volontiers la forme rhumatismale ou arthralgique, et provoquer des déterminations articulaires bénignes qui cédaient au traitement spécifique du rhumatisme aigu franc.

Nos manuels classiques nous donnaient peu d'indications sur les faits de ce genre. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'étudier spécialement cette question et de lui consacrer le présent travail. Les recherches que nous avons dû faire nous ont appris que les formes rhumatismales de la grippe avaient été signalées à plusieurs reprises, mais nous n'avons trouvé aucune étude d'ensemble sur ce sujet.

Les questions à résoudre sont les suivantes : Les manifestations semblables à celles que nous avons observées sont-elles des accidents d'origine grippale (grippe anormale, pseudo-rhumatisme grippal) ; s'agit-il, au contraire, d'une attaque de rhumatisme aigu franc, provoqué ou réveillé par une grippe récente ?

Aussi nous paraît-il nécessaire de passer tout d'abord en revue les symptômes et formes classiques du rhumatisme aigu franc, des pseudo-rhumatismes infectieux, et de la grippe. Abordant ensuite les formes rhumatismales de la grippe, nous ferons l'étude critique des faits publiés et de nos observations personnelles. Nous discuterons en-

fin le diagnostic différentiel de ces formes et les indications thérapeutiques qu'elles déterminent.

Avant de continuer cette étude nous voulons adresser à nos anciens maîtres le témoignage admiratif de notre reconnaissance.

Qu'il nous soit tout d'abord permis d'adresser notre reconnaissance à M. le professeur Hutinel, de la Faculté de médecine de Paris pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous sommes heureux de nous rappeler nos débuts dans la médecine sous la direction de MM. Petel, Chabout et Brunon.

Nous avons gardé le meilleur souvenir des leçons cliniques de M. le professeur Albert Martin et nous sommes heureux de lui témoigner publiquement notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a soutenu au cours de nos études médicales.

CHAPITRE PREMIER

Les rhumatismes aigus et la grippe

Le rhumatisme articulaire aigu, les pseudo-rhumatismes infectieux et la grippe dans ses formes douloureuses présentent quelques points communs qui pourraient, dans certains cas, faire hésiter le diagnostic. Mais ils possèdent aussi chacun une symptomatologie propre qu'il comporte de bien se rappeler avant de discuter une forme clinique mixte et mal définie comme celle dont nous entreprenons l'étude.

Le *rhumatisme articulaire aigu franc* a une physionomie bien spéciale et bien connue. L'attaque est précédée de quelques jours ou de quelques semaines par un état de malaise, avec courbature, coryza, bronchite légère, fièvre même. C'est là un état en tout comparable à la fièvre catarrhale ou grippe (Homolle). Deux ou trois jours avant l'apparition de douleurs articulaires, survient une angine, presque constante (Lasègue, de Saint-Germain). Enfin les articulations se prennent les unes après les autres : ce sont surtout les grosses jointures du membre inférieur, et moins souvent celles du membre supérieur, moins souvent encore les articulations petites et serrées (pied, main, rachis).

On y constate une douleur intense, exaspérée par le moindre mouvement ou contact, de la rougeur, de la chaleur, et de la tuméfaction. La fièvre est constante mais variable : elle est en rapport avec le nombre et l'intensité des fluxions articulaires (Stokes), et cesse avec ces dernières sauf le cas de complications viscérales. Parmi celles-ci le rhumatisme cardiaque tient le premier rang. Il est la règle dans le rhumatisme aigu poly-articulaire, fébrile, et l'exception dans les formes légères, partielles, apyrétiques, (lois de Bouillaud), sauf pourtant chez les enfants où les formes les plus bénignes du rhumatisme peuvent provoquer une endocardite ou une péricardite. Chez l'adulte, le rhumatisme aigu, partiel apyrétique de Bouillaud comprend la plupart des cas que nous étudions aujourd'hui sous le nom de rhumatisme infectieux ou toxique.

Les *pseudo-rhumatismes infectieux* sont des déterminations articulaires, polymorphes qui peuvent accompagner toute infection sanguine de quelque durée. Fréquents au cours de certaines maladies (blennorrhagie, pyohémie), ils sont, au contraire, rares dans d'autres cas, en particulier dans la grippe, et, lorsqu'il n'existe pas chez les malades une prédisposition articulaire marquée, il devient difficile de comprendre pourquoi ces dernières infections provoquent chez eux du pseudo-rumatisme.

Suivant la nature de l'agent infectieux, les pseudo-rhumatismes paraissent affecter l'une des trois formes, arthralgique, séreuse ou purulente. Dans la syphilis secondaire, la tuberculose aiguë, les oreillons, la dengue, les fièvres éruptives et la grippe on rencontre les formes arthralgique ou séreuse.

Moins généralisés que le rhumatisme articulaire aigu, ils se localisent d'habitude à une ou deux jointures, et tendent à y occasionner des lésions tenaces, profondes, ankylosantes. Mais il en existe des formes atténuées. Leur diagnostic est facile dès que l'on a reconnu la maladie qu'ils viennent compliquer.

Quant aux *rhumatismes toxiques* (plomb, intoxications alimentaires ou sériques, urémie, grossesse, etc.) ce sont en général des arthralgies bénignes dont la cause est aisée à découvrir.

La pathogénie des pseudo-rhumatismes infectieux et celle du rhumatisme franc sont des questions fort complexes et encore très discutées. Parfois on retrouve dans les jointures l'agent spécifique de la maladie causale (blennorragie, pyohémie). Mais en général on est en droit de supposer que l'arthrite est déterminée par la réaction de la séreuse articulaire aux toxines diverses : il n'existe guère d'autre explication des pseudo-rhumatismes toxiques.

La *grippe* est peut-être l'une des maladies infectieuses qui prend le plus d'aspects différents. Malgré cela elle possède une symptomatologie assez nette, et surtout un mode de début caractéristique. Elle se manifeste par l'apparition soudaine de symptômes douloureux (céphalalgie spéciale sus et rétro-orbitaire, rachialgie, vagues douleurs dans les membres et les jointures), accompagnés d'un état de faiblesse profond, de prostration et d'inquiétude. Un ou deux jours après se montrent les signes de la période d'état, coryza, embarras gastrique, bronchite, etc., et la maladie évolue suivant l'une de ses nom-

breuses formes. Mais le tableau du début, absolument typique, est pour ainsi dire constant et constitue l'un des meilleurs éléments de diagnostic.

Les symptômes de la période d'état sont multiples et divers. En dehors des trois grandes formes de la grippe (thoracique, gastro-intestinale, nerveuse), on en compte une infinité d'autres, et le très grand nombre des complications possibles fait encore varier davantage l'aspect de la maladie. Signalons seulement ici certaines formes apyrétiques ou à peu près, et dans lesquelles l'élément douloureux prédomine et persiste sous forme d'« algies grippales » (Huchard) pendant toute la durée de l'affection. Le malade souffre de névralgies diverses, d'endolorissement général, de céphalalgie fronto-pariétale, de douleurs fugaces ou fixes, et d'intensité variable, dans les membres, les masses musculaires, les lombes, sur le trajet des nerfs périphériques, de la colonne vertébrale, enfin dans les articulations. Ces formes peu fébriles et très douloureuses sont à rapprocher de celles que nous allons étudier, mais où l'élément douloureux paraît se localiser au système articulaire.

CHAPITRE II

Les Formes rhumatismales de la Grippe **Etude clinique**

A. — HISTORIQUE

La grippe semble avoir été connue de tous temps, bien que désignée par les appellations les plus diverses.

Parmi plus de trente noms cités par M. Huchard dans ses *consultations médicales*, relevons celui de « fièvre rhumatique » et celui de « tac » qui semblent indiquer que les formes douloureuses et spécialement les formes arthralgiques ont été observées par les auteurs anciens.

Valesco de Tarente, rapporte qu'en 1487 une épidémie de catarrhe fut suivie d'affections rhumatismales fréquentes.

Graves fit en 1835 un tableau magistral de l'épidémie de grippe qu'il venait d'observer. Depuis lors, on considèrerait simplement la grippe comme une sorte de bronchite épidémique. Mais la grande épidémie de 1889-1890 et les suivantes firent envisager la question sous un jour nouveau ; les travaux auxquels elles donnèrent lieu établirent la notion du caractère infectieux et des formes multiples de la maladie.

C'est seulement à cette époque que l'attention fut attirée sur les formes rhumatismales de la grippe.

En 1890, Ferrand dit avoir observé plusieurs cas de rhumatisme post grippal. La même année Ollivier (de Rouen) cite plusieurs observations de rhumatisme survenant dans le cours ou dans le déclin de la grippe ; il en conclut que cette maladie « à elle seule peut, à titre de maladie infectieuse, provoquer des manifestations articulaires dans un nombre de cas suffisants pour que la réalité du pseudo-rumatisme grippal ne puisse être mise en doute ».

Enfin Grasset, faisant des constatations analogues, émet dans ses *Leçons sur la grippe* (1890) l'opinion que grippe et rhumatisme sont les manifestations diverses d'une même constitution épidémique.

En 1891, Kelsch et Antony relatent la coïncidence des épidémies de grippe et de rhumatisme. Bonnelière (1894) cite un cas de rhumatisme grippal suivi de mort. L'année suivante G. Weber admet la commune étiologie de la grippe et du rhumatisme poly-articulaire qui la suit ; et Chédèvergne montre que l'infection grippale semble, chez les prédisposés, réveiller la diathèse arthritique.

En 1896, Marothe et Samson, étudiant chacun de leur côté les épidémies des six dernières années y relèvent de nombreux cas dans lesquels la grippe prenait d'emblée la forme arthralgique ou rhumatismale semblable à celle que nous avons observée. Huyghe (1899) consacre un article important à l'étude de la question, mais signale surtout des cas de pseudo-rumatisme survenant dans le cours ou dans le déclin de la grippe.

Les épidémies de ces dernières années ne semblent point avoir affecté aussi souvent que les précédentes le caractère rhumatismal. Nous n'en avons du moins point trouvé l'indication dans la littérature médicale. La récente épidémie paraît, au contraire, avoir pris assez volontiers cette forme comme nous l'avons constaté et aussi entendu dire autour de nous.

De toutes ces recherches sur lesquelles nous aurons à revenir, il ressort déjà deux notions principales se rapportant à deux groupes morbides assez bien définis.

Dans le premier groupe se rangent les cas où, la grippe évoluant avec ses allures habituelles, les déterminations articulaires apparaissent au cours, au déclin de la maladie, ou même quelque temps après la guérison (pseudo-rhumatisme post-grippal).

Au deuxième groupe appartiennent des observations dans lesquelles on voit les signes du début de la grippe précéder immédiatement l'apparition d'arthralgies ou d'arthropathies multiples qui, dès lors, dominent à elles seules la symptomatologie de la période d'état (grippe rhumatismale).

B. — PSEUDO-RHUMATISME POST-GRIPPAL

Nous allons, dans ce paragraphe, passer en revue quelques faits de pseudo-rhumatisme survenant dans le cours ou le déclin de la grippe, ou même quelque temps après la guérison de cette dernière maladie. Il nous suffira de résumer ces diverses observations pour bien montrer la chronologie des incidents,

OBSERVATION 1 (Ollivier, de Rouen, 1890.)

Un homme de quarante ans, bonne santé habituelle, n'ayant eu en fait de rhumatisme que quelques vagues douleurs musculaires, est pris de grippe fin décembre 1889. Quelques jours après le début de la maladie, apparition de légères douleurs dans toutes les jointures, mais surtout dans les *genoux*. Le soir même les genoux deviennent très douloureux et tuméfiés. Le malade est complètement immobilisé pendant quinze jours. Fièvre pendant les premiers jours seulement. Le 10 février, raideur persistante dans les genoux et marche difficile.

OBSERVATION 2 (Ollivier)

Femme de cinquante et un ans, n'ayant *jamais* eu de rhumatisme dans ses antécédents personnels ou familiaux. Le 15 décembre 1889 grippe avec frisson, céphalée, courbature, nausées. Six à sept jours après, vive douleur de la *main* et du *pied gauches* avec gonflement. Le 5 janvier les articulations des doigts (main gauche) et le cou-de-pied gauche sont rouges, enflés et toujours très douloureux. Rien ailleurs. Température 38°4 descendant à 37°5 le 8 janvier. Traitement : salicylate de soude 3 grammes. Le 16 janvier le pied est guéri, la main améliorée. 20 janvier, guérison complète, reprise du travail.

OBSERVATION 3 (Ollivier)

Homme de vingt-six ans ; *jamais* de rhumatisme antérieur.

Le 25 décembre 1889, est pris de grippe (frissons, nausées, céphalée, courbature, toux) durant jusqu'au 10 janvier. Le 25 janvier douleur dans le *genou droit*, le 23 douleur très vive. Température 38.8 tombant le lendemain à 37°8 et ne s'élevant plus. Le 24 janvier gonflement du genou avec rougeur, chaleur ; douleur spontanée et à la pression. Rien aux autres articulations. Traitement : sangsues, cataplasmes. 28 janvier, diminution des symptômes : 10 février, encore un peu de raideur.

OBSERVATION 4 (Ollivier)

Homme de vingt-sept ans. *Pas de rhumatisme* dans les antécédents. Le 13 janvier, grippe avec courbature lombaire. Température 40 degrés. Le 20 37°5. Sort guéri le 20.

Le 6 février douleur avec gonflement mais sans rougeur, envahissant successivement la *main gauche*. (poignet et doigts) le *coude* et *l'épaule gauche*, puis *l'épaule droite*. Le 12 février température 38°4. 13 février, température 37°2. Souffle léger à la pointe. 14 février, douleur sans gonflement dans les *deux genoux*. Température 38°4. Traitement : Sulfate de quinine. Le 16 février amélioration. Température 37 degrés. Le 17 février quelques douleurs persistent encore mais le malade a pu se lever.

OBSERVATION 5 (Fortin cité par Ollivier)

Homme de quarante et un ans sans *rhumatisme antérieur* a eu une grippe suivie de douleurs et de gonflement des *maines*, *coudes*, *épaules*, *pieds* et du *genou gauche*.

Dans les observations 1 et 2, le pseudo-rhumatisme apparaît au cours de la grippe dans les observations 3, 4 et 5.

OBSERVATION 6 (Gingeot cité par Bonnelière)

Homme de vingt-six ans. Son père est rhumatisant. Il a eu lui-même quelques douleurs musculaires il y a six mois.

Le 24 avril 1893, fatigue, céphalée, vertiges, syncopes ; le lendemain syncopes répétées et sueurs-froides. Température, 39°8 ; pouls arythmique et lent, albuminurie. Amélioration le 29 avril. Température 37°5. Mais le 1^{er} mai rechute. Température 39 degrés. Le cœur fléchit, souffle à la pointe. Du 4 au 10 mai douleurs articulaires envahissant successivement les deux *genoux*, le *poignet*, le *coude* et l'*épaule du côté droit*.

La fièvre cesse à partir du 7 mai. Amélioration graduelle et guérison le 18 mai.

Ici le pseudo-rhumatisme poly-articulaire apparaît après dix jours de grippe grave, très nette, avec signes nerveux et cardiaques des plus accusés.

Voici maintenant cinq observations typiques de Weber dans lesquelles les phénomènes articulaires apparaissent régulièrement après quelques jours de grippe.

OBSERVATION 7 (G. Weber, 1895)

Homme de vingt-cinq ans, sans rhumatisme antérieur. Grippe, coryza, angine, trachéo-bronchite dans les derniers jours de janvier. Le 2 février rhumatisme des deux *genoux* et *articulations tibio-tarsiennes*.

OBSERVATION 8 (Weber)

Homme, trente-deux ans, rhumatisme il y a dix-sept ans. Après huit jours de coryza, rhumatisme portant sur les genoux et articulations tibio-tarsiennes.

OBSERVATION 9 (Weber)

Femme, vingt-huit ans. Coryza puis angine suivie de rhumatisme portant sur toutes les grosses jointures des membres supérieur et inférieur. Durée totale : 2 mois.

OBSERVATION 10 (Weber)

Femme, vingt-deux ans. Après cinq jours de coryza avec céphalalgie, trachéo-bronchite, courbature, apparition de rhumatisme aux *poignet, épaule et genou droits*. Durée 3 jours.

OBSERVATION 11 (Weber)

Homme, trente-cinq ans. Il y a sept ans, rhumatisme de l'épaule gauche. En 1889, après influenza, endopéricardite rhumatismale. En février 1893, coryza pendant un mois et après rhumatisme polyarticulaire des *cheville, genou et épaule gauches*. Endocardite et congestion pulmonaire. En octobre 1893, nouveau coryza suivi de nouveau rhumatisme avec phénomènes cardio-pulmonaires. Août 1894, asystolie avec œdèmes ; mort en janvier 1895.

Dans cette dernière observation, le sujet était nettement

rhumatisant et les attaques rhumatismales ont amené des complications cardiaques qui, elles-mêmes, ont causé la mort. Ces dernières, nous l'avons vu, sont le fait du rhumatisme franc et sont exceptionnelles au cours du pseudo-rhumatisme. Il semble donc bien qu'il se soit agi de rhumatisme franc, mais réveillé régulièrement par des phénomènes grippaux ce qui n'en est que plus intéressant.

OBSERVATION 12 (Lemoine cité par Huyghe 1898)

Homme de quarante-deux ans. Ni *blennorrhagie*, ni *rhumatisme antérieur*. Grippe nerveuse le 20 avril, suivie d'amygdalite. Le 26 amélioration mais l'accablement persiste. Le 27 fluxion articulaire du *poignet droit*, le 29 du *poignet gauche* puis des *deux chevilles*. Les articulations se prennent et se reprennent tour à tour. Température maxima : 38° 5 ; rougeur et tuméfaction articulaires marquées. Le salicylate de soude n'a aucun effet et le rhumatisme cède à l'antipyrine. Durée totale : trois semaines

OBSERVATION 13 (Lemoine)

Homme de dix-huit ans. Ni *blennorrhagie*, ni *rhumatisme antérieur*. Grippe de longue durée au début d'avril. Trois jours après la guérison (14 avril), rhumatisme articulaire envahissant les *doigts* et les *poignets* des deux côtés, puis la *cheville droite*, puis les *articulations chondro-sternales et vertébrales*. Température de 38° 5 à 39 degrés. Poignets et chevilles rouges et gonflés, douleur intense, pression intolérable. Traitement : salicylate de

soude : 5 grammes. Sans effet. Le 18 avril, angoisse précordiale ; Léger souffle mitral ; quelques intermittences, syncopes. La fluxion apparaît et disparaît successivement dans les mêmes jointures. L'antipyrine réussit mieux que toute autre chose. Guérison le 3 mai.

OBSERVATION 14 (Lemoine)

Jeune fille de quinze ans. Pas de rhumatisme antérieur. Le 23 mars, grippe banale avec amygdalite traînant jusqu'au 28 avril. L'accablement persiste.

Le 14 avril gonflement et douleur de la *cheville droite* avec œdème considérable du pied droit et de la jambe ; 16 avril amélioration, mais le genou se prend. Température entre 38° 8 et 39.

Le 17 avril, *coude droit* tuméfié et douloureux, l'œdème envahit l'avant-bras et le bras. Purpura du membre inférieur. Le 18 la fluxion envahit le *poignet et les doigts de la main droite*, puis le côté droit de la face, enfin la *cheville et le genou gauche*. 19 et 20 avril congestion pulmonaire. 22 avril disparition complète des douleurs et des œdèmes.

Huyghe qui cite les trois observations précédentes dit que pendant l'hiver 1898-1899 les cas de rhumatismes post-grippaux furent extrêmement nombreux à Lille et dans la région. Chez huit de ses malades dont six n'avaient jamais eu de rhumatisme antérieur, l'infection grippale fit apparaître des douleurs rhumatoïdes, peu intenses, il est vrai. Voici trois observations à symptômes plus accusés qu'il a recueillies dans le service du professeur Lemoine.

OBSERVATION 15 (Huyghe)

Jeune fille, dix-neuf. *Pas de rhumatisme familial*. Après scarlatine à sept ans, légères douleurs rhumatoïdes. En novembre 1897 grippe à forme gastrique (céphalalgie intense, courbature générale, vomissements incoercibles). Après trois à quatre jours accalmie.

Vers le cinquième jour, douleurs dans les *deux genoux* puis quatre jours après, dans *les chevilles*, œdème, douleurs vives, marche impossible, guérison après un mois et demi sans complications cardiaques ni rénales.

OBSERVATION 16 (Huyghe)

Femme quarante-trois ans. A dix-huit ans rhumatisme articulaire aigu, puis deux autres accès. Bonne santé de trente à quarante-neuf ans.

Le 6 janvier 1899, grippe bénigne (lassitude, céphalalgie, toux) pendant huit à dix jours.

Aussitôt après, douleurs dans les *deux genoux* et dans l'*épaule gauche*, peu de tuméfaction articulaire, mais fièvre intense. Le 16 janvier le coude gauche est pris. Température 37 degrés. Au cœur souffle du 1^{er} temps à la pointe.

OBSERVATION 17 (Huyghe)

Femme trente-cinq ans. Père et mère rhumatisants. Pas de rhumatisme antérieur. En septembre 1898, grippe mal soignée

(anorexie, vomissements, céphalée, lassitude). Durée quinze jours.

Après quelques jours d'accalmie les *deux épaules* et les *deux coudes* se prennent en même temps. Deux jours après ce sont les *poignets*. Coloration blanc rosé, douleur à la pression. Puis les articulations *des mains* sont envahies progressivement, se gonflent : les mouvements deviennent impossibles. Le rhumatisme dure un mois et laisse après lui un certain degré d'impotence. Ensuite apparaît une *névrite périphérique* des avant-bras, et une atrophie musculaire très accusée s'étend au tronc et aux membres supérieurs.

Citons encore deux observations de Pelon (1898) dans lesquelles après trois ou quatre jours de grippe avec céphalée, courbature, fièvre, sont apparues des nodosités d'érythème noueux et des douleurs polyarticulaires avec gonflement dont l'auteur fait du pseudo-rhumatisme infectieux. Le salicylate n'eut qu'un effet douteux.

Voici maintenant deux de nos observations personnelles, recueillies au cours de la dernière épidémie.

OBSERVATION 18 (Personnelle I)

M^{me} B., trente-huit ans. *Pas de rhumatisme* dans ses antécédents personnels ou héréditaires. A 6 enfants. Le 12 février, grippe (céphalée, anorexie, courbature généralisée). La malade, obligée de soigner ses enfants, grippés aussi, ne se soigne pas et reste debout la plus grande partie du temps. Cependant, peu à peu, les symptômes grippaux tendent à disparaître. Dans la nuit du 19 au 20 février, elle ressent une douleur violente à

l'épaule gauche. Le 22 février, l'épaule est toujours douloureuse, mais le *poignet gauche* et le *coude droit* sont pris à leur tour. Les articulations sont très douloureuses à la pression et au moindre mouvement spontané ou provoqué, mais il n'y a ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction. Température 37°5. Traitement : purgatif, *salicylate de soude* 5 grammes par jour, *salicylate de méthyle*.

Le 26 février guérison absolue.

OBSERVATION 19 (Personnelle II)

M. T..., vingt ans. Pas de *rhumatisme antérieur*, pas de blennorrhagie. Le 5 janvier, courbature généralisée, céphalée ; reste trois jours au lit et reprend son travail le 9.

Le 15 janvier, le malade ressent de nouveau les mêmes symptômes (courbature, céphalée), mais en outre il se plaint de douleurs vives du *genou droit*, des *deux coudes*, des *deux chevilles* et de *l'épaule droite*. Anorexie, état saburral. A l'examen, aucun signe articulaire objectif. Peau moite. Température 38 degrés. Amygdale douloureuse, rouge, déglutition difficile. Traitement : purgation, bromhydrate de quinine 0,60. *Salicylate de soude*, 6 grammes.

Du 15 au 25 janvier le malade reste immobilisé au lit, mais la fièvre tombe dès le troisième jour, et aucune nouvelle jointure ne se prend. Les douleurs diminuent peu à peu. Le 25, le malade se lève et sort.

RÉSUMÉ DES DIX-NEUF OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

Dans la moitié des cas les douleurs survinrent au cours ou au déclin de la grippe ; dans l'autre moitié, elles sont apparues quelques jours après sédation des signes grippaux.

L'observation 3 (Ollivier) est la seule où le rhumatisme ait été monoarticulaire. Dans toutes les autres, un nombre souvent considérable de jointures ont été prises ; remarquons la fréquence des fluxions articulaires de la main et des doigts.

Les signes locaux d'inflammation sont signalés dans 10 cas seulement (obs. 1, 2, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 17) ; mais ils devaient probablement exister chez les cinq malades de Weber, ce qui porterait leur nombre à 15 (sur 19). C'est aussi dans cette catégorie de cas que la durée des fluxions articulaires a excédé huit à dix jours (obs. 1, 2, 3, 9, 12, 13, 14, 15 et 17) ; et que nous rencontrons quelque degré d'impotence persistant après guérison (obs. 1, 3, 17).

Chez six malades seulement (obs. 1. 6. 8. 11. 15. 16) le rhumatisme ou de vagues douleurs rhumatoïdes sont signalées dans les antécédents. Le malade n° 6 en avait aussi parmi ses antécédents familiaux. C'est aussi dans ce groupe que nous trouvons 2 (sur 4) cas de complications cardiaques. Les observations 11 et 12 sont les seules où, sans antécédents rhumatismaux, apparaît un symptôme cardiaque au cours du pseudo rhumatisme grippal. Quant à

l'effet du salicylate, il n'est signalé que dans cinq cas, trois où il fut favorable (obs. 2, 18, 19) et deux où il fut nul (obs. 12, 13).

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

En présence des diverses observations que nous venons de citer nous devons, avec la plupart des auteurs, nous poser la question suivante : Ces manifestations articulaires dont la grippe paraît être la seule cause déterminante sont-elles : « Du rhumatisme articulaire aigu franc survenant chez un malade prédisposé ou mis en état de réceptivité ou de moindre résistance par l'infection grippale, ou bien est-ce un pseudo-rumatisme infectieux intimement lié à la grippe et engendré par les principes infectieux qu'elle développe ? » (Huyghe).

En dehors d'un agent pathogène spécial (Thirolloix) dont l'action spécifique reste encore indéterminée, les causes du rhumatisme franc semblent être l'hérédité et le froid humide.

Or, dans nos 19 observations, l'hérédité n'est signalée qu'une seule fois. Huyghe la relève six fois sur vingt cas. Quant au froid, il se manifeste tous les hivers, époque où sévit la grippe, tandis que le rhumatisme franc s'observe plutôt en été. Le Dr Marotte dit que pendant l'hiver très rigoureux de 1892-93 les soldats employés fréquemment à déblayer la neige ne présentèrent que peu de cas de grippe et pas un seul cas de rhumatisme.

Insistons encore une fois sur ce fait que la plupart des malades n'avaient jamais eu de rhumatisme avant l'at-

teinte provoquée par la grippe. Il est donc difficile de penser que cette dernière maladie réveillait une prédisposition rhumatismale, d'autant plus que les manifestations observées n'avaient presque jamais les caractères du rhumatisme franc, mais plutôt ceux du pseudo-rumatisme infectieux.

C'est ce que l'on observe dans les cas d'Ollivier, où la fixité de l'allure, le caractère et la marche des arthrites post-grippales les rapprochent des pseudo-rumatismes infectieux. Dans certaines observations, d'ailleurs, on note de l'œdème et des pétéchies et aussi une névrite périphérique consécutive, accidents qui sont bien la marque d'une infection. Le début de la douleur est lent, mais celle-ci arrive bientôt à un point d'acuité extrême. La fièvre, assez modérée au début, ne dépasse pas 39 degrés ; elle tombe en général rapidement tandis que les fluxions articulaires lui survivent assez longtemps. Enfin les complications viscérales sont très rares.

Mais le principal caractère qui rattache ces arthrites au pseudo-rumatisme infectieux, c'est encore leur caractère post-grippal. Dans toutes les observations, la réalité de la grippe ne peut soulever le moindre doute. Et d'ailleurs la constatation de l'infection causale n'est-elle pas souvent la meilleure et souvent, la seule indication qui permette d'écarter l'hypothèse du rhumatisme franc ? « N'est-il pas des cas d'arthrite blennorragique, où si ce n'était la constatation de la gonorrhée, il serait difficile de dire si l'on a affaire à un rhumatisme vrai ou à un pseudo-rumatisme ? » (Huyghe).

En résumé : 1° L'apparition d'une fluxion articulaire

chez des sujets non prédisposés et à une époque où le rhumatisme franc est une rareté ; 2° son éclosion nettement post-grippale et liée à l'état infectieux antérieur ; 3° les caractères nettement pseudo-rhumatismaux de l'arthrite et des signes concomitants, ainsi que la rareté des complications viscérales ; 4° enfin l'action infidèle ou du moins irrégulière du salicylate, sont les éléments qui nous permettent de considérer le rhumatisme post-grippal comme un pseudo-rumatisme infectieux.

C. — GRIPPE RHUMATISMALE

Sous ce titre nous allons grouper des faits un peu différents de ceux du paragraphe précédent. Ici l'invasion est celle de la grippe, avec les symptômes caractéristiques (céphalée, dépression) sur lesquels nous avons insisté dans le premier chapitre. Mais aussitôt après apparaissent des douleurs articulaires qui remplacent les symptômes habituels de la période d'état de la grippe et en modifient complètement le tableau.

OBSERVATION 20 (Ollivier)

Homme de vingt-trois ans. Rhumatisme héréditaire, mais pas de rhumatisme antérieur. Le 20 décembre 1889, grippe avec frisson, courbature, inappétence, amygdalite, rhume léger. Le 29 décembre, après amélioration, retour des accidents (coryza, toux, courbature, etc.) qui disparaissent après six jours.

Le 18 janvier 1890 nouvelle rechute, céphalée, malaise, inappétence et, le lendemain, vive douleur du *genou droit*. Le 21 janvier la marche est impossible, les mouvements spontanés et provoqués sont très douloureux. Léger gonflement. Frissons, Température 38 degrés. Traitement: *salicylate de sonde* : 1 gramme.

Le 22 janvier, douleur dans *l'épaule gauche*. Le 23 quelques palpitations et intermittences cardiaques. Traitement : salicylate 4 grammes. Le 27 la douleur du genou a beaucoup diminué: le malade se lève. Le 10 février, le genou n'est douloureux que le matin au réveil. Encore un peu de douleur précordiale.

OBSERVATION 21 (Chédevergne)

Jeune fille de quinze ans, ayant eu autrefois du rhumatisme articulaire aigu, est prise soudainement de grippe (céphalée, etc.) avec fièvre et angine, et de douleurs vives dans *toutes les grandes articulations*. Après deux jours de séjour au lit, disparition spontanée des douleurs.

A. E. Samson, dans un article très documenté sur le rhumastisme grippal (1896), rapporte plusieurs cas de pseudo-rhumatisme post grippal, mais aussi trois observations où les douleurs apparaissent d'emblée.

OBSERVATION 22 (Samson)

Un homme de vingt ans est pris soudain de fièvre, sueur, et de douleurs dans toutes les *grosses jointures*, presque pas de

tuméfaction, défervescence et guérison complète en quinze jours.

Il n'avait *jamais eu de rhumatisme antérieur* ni héréditaire. Suivi pendant cinq ans après ces accidents, il n'a plus jamais présenté la moindre détermination articulaire.

OBSERVATION 23 (Samson)

Homme, quarante-quatre ans. *Jamais de rhumatisme antérieur* ; est pris brusquement en février 1895 de douleurs dans le dos et dans les *grosses jointures*, avec gonflement et fièvre modérée.

OBSERVATION 24 (Samson)

Femme, vingt-deux ans. *Pas de rhumatisme antérieur*. Influenza accompagnée de gonflements articulaires (*genou, chevilles, main droite*) ; puis *névrite périphérique* et atrophie musculaire très étendue (comparer avec l'observation 17) (Huyghe).

C'est peut-être dans les observations de Marothe (1896) que nous trouvons la description la plus nette de la grippe à forme rhumastismale. Pendant l'épidémie de grippe de janvier, août 1895, l'auteur a observé parmi les malades du 23^e de ligne à Bourg, 23 cas de rhumatisme aigu qui lui ont paru être des « manifestations larvées de la grippe ». Il admet qu'assez souvent la grippe peut réveiller le rhumatisme chez des sujets prédisposés, mais « on ne saurait nier, d'autre part, écrit-il, *qu'elle peut créer d'emblée des rhumatismes aigus* chez des sujets jusqu'alors

indemnes, et que souvent même elle débute par des manifestations articulaires seules ».

Sur les 23 malades des Marothe, 17 n'avaient *pas de rhumatisme dans leurs antécédents* personnel au héréditaire. Cinq ou six fois, les douleurs apparurent au cours d'attaques franches de grippe. Mais dans tous les autres cas, sans autre prodrome qu'une céphalalgie pénible et qu'une courbature généralisée. Ce rhumatisme eut un début *Brusque* en pleine santé.

L'auteur a observé le mode de propagation de l'épidémie et remarqué que, par exemple, un malade atteint de grippe franche contagionnait son voisin qui cinq ou six jours après faisait une grippe rhumatismale et qu'un autre voisin de ce dernier prenait à son tour la grippe franche ou le rhumatisme grippal. De pareils faits de contagion sont exceptionnels ou du moins mal démontrés dans le rhumatisme franc.

Enfin les *caractères* mêmes de l'affection ont été soigneusement déterminés par Marothe. Tout au début la température s'élève assez haut mais baisse rapidement « malgré la persistance d'un gonflement œdémateux et l'acuité d'une douleur qui, d'abord vague et sourde, allait s'avivant peu à peu pour rester ensuite longtemps à cet état et qui, même, après sa diminution causait encore une gêne et une inaptitude fonctionnelle d'une désespérante tenacité ». Voilà bien les traits caractéristiques du pseudo-rhumatisme.

OBSERVATION 25 (personnelle III)

M^{me} C..., quarante-six ans, *pas de rhumatisme antérieur.*

17 janvier. — La malade est atteinte de courbature généralisée, douleurs rétro-orbitaires, céphalée intense, frisson.

Température 38 degrés. Examen entièrement négatif. Traitement : purgatif. Bromhydrate de quinine 0.75.

19 janvier. — La céphalée persiste en même temps qu'apparaît une douleur subaiguë dans le genou gauche provoquée surtout par les mouvements. L'articulation paraît normale. Température 37°8. Traitement : *salicylate de soude 5 grammes,*

20 janvier. — Même état mais apparition de douleurs dans l'épaule droite et le coude gauche. Même traitement. Température 37°2.

24 janvier. — La malade se lève et marche sans souffrir.

OBSERVATION 26 (personnelle IV)

M^{me} R... soixante-dix ans, *Pas de rhumatisme dans les antécédents.*

3 février. — Est prise subitement de grippe (céphalée, faiblesse, anorexie) et, presque en même temps de douleurs dans les pieds et les genoux, ne l'obligeant pas toutefois à se coucher. Vue seulement après dix jours de cet état ; rien d'anormal à l'examen. Pas de température. Traitement : salicylate de soude 5 grammes par jour, repos au lit, diète lactée. Amélioration notable au bout de vingt-quatre heures.

15 février (troisième jour de traitement). — Les douleurs

ont disparu, même à la pression et la malade peut vaquer à ses occupations.

OBSERVATION 27 (Personnelle V)

M. P..., treize ans, *jamais de rhumatisme antérieur* ou héréditaire.

8 janvier. — Céphalée intense rétroorbitaire, inappétence et douleur légère dans la *cheville gauche* qui, très douloureuse à la pression ne révèle à l'examen, ni rougeur, ni chaleur, ni gonflement. Pas de température. Rien aux viscères. Traitement : purgation.

10 janvier. — La douleur envahit le *genou gauche, le coude et l'épaule droite* : elle est spontanée et réveillée par les mouvements et la pression ; rien à l'examen local. La céphalée a disparu. Température. 37°8. Traitement : *salicylate de soude* : 2 grammes.

14 janvier. — Toute douleur a disparu. Température normale depuis le 12. Le malade, complètement rétabli, peut se lever le 16 janvier.

OBSERVATION 28 (Personnelle VI)

B..., sept ans. *Rien dans les antécédents*. Le 9 janvier le petit malade est pris subitement de céphalée intense avec vomissements, et bientôt après de douleurs violentes dans les *chevilles* et les *doigts*. Les mains sont enflées surtout au bout des doigts, le moindre mouvement, la moindre pression y provoque

une douleur intolérable. Température : 38 degrés. Traitement : Purgatif salin, *salicylate de soude* : 3 grammes par jour.

11 janvier. — Les douleurs précédentes se sont amendées, mais la *colonne vertébrale* est immobilisée par une douleur très violente. Le petit malade ne peut se retourner dans son lit ; la pression de l'épine dorsale est intolérable. Traitement : *salicylate de soude*, 2 grammes.

15 janvier. — Toutes les douleurs ont disparu. On cesse le salicylate, mais le 18 se produit une petite rechute et le malade se plaint de nouveau des articulations des doigts. Traitement : *salicylate* : 3 grammes. Le 20 janvier toute douleur a disparu, le malade se lève.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES ET CONCLUSIONS.

Les 9 observations que nous venons de citer forment, avec les 23 cas de Marothe un total de 32 observations qui offrent un grand nombre de points communs. Dans 27 cas le début du rhumatisme est à peu près contemporain (à un ou deux jours près) des symptômes d'invasion grippale ; 27 fois l'élévation de température n'est qu'éphémère. Dans tous les cas, sans exception, le rhumatisme est poliarticulaire. Il s'accompagne la plupart du temps de signes locaux d'inflammation et il est suivi 24 fois d'impotence articulaire persistant quelque peu.

On ne signale de complications (vagues accidents fonc-

tionnels cardiaques) qu'une seule fois : observation 20 d'olivier, 7 malades sur 32 avaient eu antérieurement du rhumatisme et un seul, des antécédents héréditaires rhumatismaux. Enfin, dans les 5 observations où l'emploi du salicylate est mentionné ce médicament a eu un résultat favorable. Nous voudrions encore attirer l'attention sur nos observations personnelles qui présentent un caractère quelque peu particulier. Nous les avons relevées toutes dans le courant de janvier et au début de février, soit dans l'espace d'un peu plus d'un mois, et parmi une quantité de cas de grippe classique. Depuis la fin de février la grippe ayant décru sensiblement nous n'avons plus observé un seul nouveau cas de rhumatisme grippal. Les douleurs ont toujours affecté plusieurs articulations que nous n'avons trouvé tuméfiées que dans un cas (obs. 28) ; elles n'ont jamais laissé la moindre impotence après leur disparition rapidement provoquée par le salicylate. Mais ce médicament semblait encore avoir plus vite raison de la fièvre et des autres signes généraux.

Cette seconde catégorie de faits que nous venons de passer en revue, nous paraît plus intéressante à étudier que la première. Là, en effet, les phénomènes grippaux étaient indiscutables et évoluaient pendant plusieurs jours avec leur physionomie habituelle, sans que, pendant ce temps, il pût être question d'autre chose que d'une grippe. Puis les douleurs articulaires apparaissaient, avec leurs caractères spéciaux qui, joints à la notion certaine de la grippe antérieure, permettaient de poser le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux grippal ou plutôt post-grippal.

Dans la seconde catégorie nous assistons uniquement

aux prodromes habituels de la grippe (céphalée, etc.) puis aussitôt après, l'affection prend une allure rhumatismale exclusive, et, pendant tout le reste de la maladie, il n'est plus question de grippe, mais de douleurs articulaires.

Plus que dans les premiers cas, le diagnostic peut hésiter ici entre le rhumatisme ordinaire bénin et la grippe à forme rhumatismale. Il est certain que la seconde hypothèse s'appuie sur des raisons valables ! Les malades ne sont point des rhumatisants ; c'est souvent là leur première atteinte ; les cas sont observés au cours d'une épidémie de grippe, et l'on peut, jusqu'à un certain point, déceler la contagion d'un grippé franc à un grippé rhumatisant (Marotte) ; enfin, comme nous l'avons vu, quand l'épidémie de grippe s'éteint, on n'observe plus ces sortes de déterminations articulaires. « Pour cette présence anormale et simultanée de grippe et de rhumatisme, écrivait le professeur Grasset (1850), on se trouve fortement tenté de rapprocher les deux maladies, de voir dans ces deux actes morbides, une même influence générale et d'en faire des manifestations d'une même constitution épidémique.

Toutefois la question nous paraît assez intéressante pour que nous reprenions avec quelques détails le diagnostic de la grippe rhumatismale (cas de la seconde catégorie), et discussions en quelques lignes son traitement.

CHAPITRE III

La grippe rhumatismale **Diagnostic et traitement**

Une maladie débutant par des symptômes généraux intenses (céphalée fronto-pariétale ou rétro-orbitaire, lassitude extrême, anorexie, vomissement, fièvre, etc) et se manifestant au bout d'un jour ou deux, ou même dès le premier jour par des douleurs polyarticulaires, doit être soigneusement distinguée de quelques autres affections, présentant des signes analogues à savoir : la dengue, le rhumatisme franc, le pseudo-rumatisme infectieux en général, et enfin la grippe ordinaire dans ses formes douloureuses.

Le Dr Huchard cite le cas d'une femme de trente-cinq ans, qui fut prise subitement, après les prodromes de la grippe, de douleurs articulaires du genou, du cou, des bras. Deux jours après une éruption scarlatiniforme apparaissait au niveau des régions articulaires « ce n'était pourtant pas la dengue » dit l'auteur.

La *dengue*, en effet, maladie spéciale des pays chauds est constituée : par un état fébrile de courte durée, accompagné de douleurs vives, occupant la totalité du corps,

mais plus spécialement les membres inférieurs et les genoux, par un exanthème localisé surtout aux extrémités des membres et suivi de desquamation, par la longueur de la convalescence, par sa bénignité remarquable. Cette maladie présente beaucoup de points communs avec la grippe et surtout avec la grippe rhumatismale que nous avons étudiée. Le début est brusque et remarquable par l'intensité de la fièvre et de la céphalée. Mais les douleurs affectent aussi bien les masses musculaires et les os que les jointures, et surtout l'exanthème scarlatiniforme ou mobiliforme qui est constant constitue le caractère principal de la maladie : il débute par les mains et les pieds et envahit les membres et le corps ; au bout de deux jours il s'efface et la peau desquame. Sans l'exanthème rien ne ressemblerait plus que la dengue à la grippe rhumatismale et, à ce propos, signalons qu'au début du siècle dernier l'on appelait « fièvre dengue » la grippe ordinaire, dans certaines régions de France (Bourgogne).

Nous avons déjà à maintes reprises, parlé du *rhumatisme articulaire aigu franc* et de ses caractères distinctifs. Il est certain que ses symptômes de début ont quelque analogie avec ceux du début de la grippe (malaise, coryza, bronchite légère, angine, courbature). Mais ils sont beaucoup moins accusés, leur apparition est bien moins soudaine et brutale et surtout ce qui manque c'est la céphalée intense et l'affaiblissement profond de l'invasion grippale. L'angine est presque constante au début du rhumatisme : or, elle fait défaut dans nos observations personnelles et dans beaucoup de celles que nous avons citées. La fièvre du rhumatisme aigu est en relation directe avec l'évolution,

le nombre et l'intensité des fluxions articulaires ; elle dure jusqu'à la disparition de celles-ci. Dans la plupart de mes observations la fièvre durait pendant les deux ou trois premiers jours seulement et les déterminations articulaires continuaient à évoluer et quelquefois même à progresser sans nouvelle élévation de la température. Nous avons déjà longuement insisté sur la différence qui sépare l'arthrite du rhumatisme franc, des fluxions ou des arthralgies de la grippe rhumatismale. Cette dernière, nous l'avons vu, provoque au plus, un peu de gonflement articulaire et, pour ainsi dire, jamais de rougeur ni de chaleur locale. Presque toujours il s'agit de simples douleurs sans symptômes locaux objectifs. C'était le cas dans toutes nos observations personnelles, où, du reste, la guérison a été rapide, totale et complète. Dans le pseudo-rumatisme post-grippal nous avons vu, au contraire, la détermination articulaire, bien que moins violente que celle du rhumatisme aigu, affecter une fixité plus grande et se résoudre plus lentement.

Pour Samson, la grippe rhumatismale d'emblée (deuxième catégorie de nos observations) se distingue du rhumatisme aigu par les traits suivants :

1° Peu de gonflement ou d'épanchement ;

2° Survient chez des individus qui n'ont jamais eu de rhumatisme, et à un âge où le rhumatisme apparaît rarement pour la première fois ;

3° Les associations morbides diffèrent de celles du rhumatisme et consistent surtout en phénomènes nerveux (céphalée, dépression générale et même névrites périphériques) et presque jamais en phénomènes cardiaques.

Le diagnostic du pseudo-rumatisme grippal avec les autres *pseudo-rumatismes infectieux* se fera par élimination. Il s'agira de bien reconnaître au début les caractères de l'infection grippale et d'éliminer, par un examen minutieux, les diverses autres infections capables d'amener du pseudo-rumatisme. On conçoit que la blennorrhagie devra surtout être attentivement recherchée, car sa constatation entraînerait non seulement une thérapeutique spéciale, mais encore un pronostic différent, l'arthrite blennorrhagique étant beaucoup plus tenace que les arthrites grippales et tendant à l'ankylose, ce que la grippe ne fait jamais.

A la fin de notre premier chapitre, nous avons parlé des *formes douloureuses de la grippe* ordinaire.

La douleur généralisée (courbature fébrile) est certainement un signe de début presque constant, mais ne durant pas plus de deux à trois jours en général, pour faire place à des symptômes thoraciques, digestifs, etc.

Dans d'autres cas, la maladie reste douloureuse pendant toute son évolution. Ce sont les « algies grippales » (Huchard) intéressant la tête, la nuque, mais aussi les muscles et les nerfs périphériques, le trajet de la colonne vertébrale, les lombes. Les formes douloureuses de la grippe ont souvent affecté une fréquence remarquable au cours de certaines épidémies, au point d'avoir fait donner les noms de « tac » ou « horion » à la maladie. Le chroniqueur Pasquier en 1403, décrivant une épidémie de grippe, insistait sur l'intensité des douleurs qui commençaient aux reins et aux épaules. Le Dr Huchard a vu chez deux malades les

douleurs des membres si vives et si étendues qu'on eût pu croire à du rhumatisme articulaire généralisé.

Dans la plupart des cas, de semblables douleurs ont un caractère franchement névralgique, mais on conçoit qu'assez souvent, il soit difficile de distinguer la grippe à forme douloureuse de la grippe à déterminations franchement articulaires. Les arthralgies grippales que nous avons étudiées donnent à la maladie un cachet particulier. Elles constituent à peu près les seuls symptômes douloureux de la période d'état, et on risquerait davantage de confondre la grippe rhumatismale avec le rhumatisme franc que de ne pas la reconnaître et la distinguer d'une grippe à forme douloureuse. Lorsqu'il s'agit, non plus de poly-arthralgies grippales, mais bien de pseudo-rhumatisme grippal ou post-grippal affectant seulement une ou deux articulations (obs. 1 et 3), le diagnostic ne souffre plus aucune difficulté et l'évidence d'un pseudo-rhumatisme infectieux s'impose.

B. — TRAITEMENT

La question du traitement de la grippe à forme rhumatismale est intimement liée à celle du diagnostic. Il suffit de parcourir les observations que nous avons citées pour voir que, dans certains cas, le salicylate n'eût aucun effet, et, qu'autre part, il réussit aussi bien que dans le rhumatisme franc. Or, pour beaucoup d'auteurs, la seconde alternative serait la preuve qu'il s'agirait bien de rhuma-

tisme aigu et non de grippe, la médication salicylée étant généralement considérée comme la médication pierre de touche du rhumatisme articulaire aigu franc. Il est également admis que dans le pseudo-rumatisme infectieux, l'acide salicylique a une action incertaine (Senator). Jusqu'à un certain point, le succès ou l'insuccès de ce médicament en présence d'une arthrite permettrait ainsi d'affirmer ou d'écarter l'hypothèse du rhumatisme aigu franc.

Dans les 28 observations que nous avons rapportées, le mode de traitement employé n'est malheureusement indiqué que onze fois. Pour l'observation 4 (Ollivier) il est simplement fait mention de l'emploi du sulfate de quinine qui parut avoir un heureux effet. Puis nous avons deux cas du professeur Lemoine (observation 12 et 13) où le salicylate employé même à forte dose (5 grammes), n'eût aucun effet, tandis que l'antipyrine paraissait agir efficacement sur les douleurs. Huyghe, qui a observé 20 cas de rhumatisme grippal, considère l'administration de l'antipyrine comme une médication pierre de touche, et en fait un élément important de diagnostic différentiel entre le rhumatisme franc et le pseudo-rumatisme grippal.

En revanche nous possédons huit cas favorables à la médication salicylée. Ce sont nos six observations personnelles et les observations II et XX (Ollivier).

Pour ce qui est des insuccès rappelons que les deux cas de Lemoine et la plupart des cas de Huyghe ont trait à du pseudo-rumatisme post-grippal, assez caractérisé, possédant un peu de ce caractère de fixité propre au pseudo-rumatisme infectieux. Il en est certes à peu près

de même dans l'observation II d'Ollivier, mais chez nos six malades et chez celui de l'observation XX (Ollivier), il s'agirait beaucoup plus d'arthralgies que d'arthrites véritables bien que nos deux premiers cas (obs. XVIII et XIX) aient trait à du rhumatisme survenant au cours ou au déclin de l'infection grippale. Il semble, au total, n'exister aucune règle bien précise qui permette de dire à l'avance, dans quel cas de grippe rhumatismale le salicylate agira ou non. Il est simplement probable que si l'on se trouve en présence d'un pseudo rhumatisme assez localisé et tenace, le salicylate agira peu, ainsi d'ailleurs, que la plupart des médicaments internes. Si, au contraire, il s'agit d'arthralgies multiples et fugaces, d'accidents, en un mot, où le symptôme douleur est prédominant, l'acide salicylique agira ici avec son habituelle efficacité sur tout ce qui est douleur articulaire aiguë. Beaucoup d'auteurs, parmi lesquels Ollivier et Huchard, signalent son action bienfaisante en pareille circonstance.

Il est d'ailleurs, à remarquer que dans les pseudo-rhumatismes les plus caractérisés, dans l'arthrite blennorragique, par exemple, le salicylate de soude peut être prescrit avec succès. Les cas où il réussit le mieux sont justement ceux qui, par l'intensité, la généralisation des fluxions, et l'appareil fébrile, se rapprochent le plus du rhumatisme articulaire aigu franc. Balzer dit que, dans l'arthrite blennorragique, c'est encore le meilleur des médicaments internes. Inversement il est admis que les analgésiques (antipyrine, etc), qui ont d'ailleurs avec le salicylate une parenté chimique étroite, agissent efficacement même dans le rhumatisme franc, où leur emploi peut être substitué à celui

du salicylate, en cas de contre-indication de ce dernier médicament. Les laborieuses recherches faites pour élucider l'action de l'acide salicylique dans le rhumatisme (Vulpian), n'ont montré qu'une chose : c'est que le salicylate et les analgésiques agissent surtout sur la fièvre et la douleur et, très probablement par l'intermédiaire du système nerveux.

Dans le traitement des formes rhumatismales de la grippe, il sera bon d'être éclectique, et de prescrire alternativement ou concurremment l'antipyrine et le salicylate. Le succès ou l'insuccès de ce dernier remède ne nous semble devoir jouer aucun rôle dans le diagnostic de la maladie.

CONCLUSIONS

1° Comme la plupart des maladies infectieuses, la grippe peut porter son action sur diverses jointures et y déterminer avec une intensité variable des pseudo-rhumatismes infectieux.

2° Ces déterminations articulaires apparaissent souvent au cours ou au déclin de la grippe. C'est dans ce cas qu'elles prennent le plus le caractère du pseudo-rhumatisme infectieux (fixité et ténacité relatives de l'arthrite, impotence consécutive plus ou moins prolongée).

3° Dans d'autres cas, après les prodromes classiques de la grippe, les symptômes de la période d'état de cette infection sont uniquement représentés par des douleurs articulaires. Ce sont, en général, de simples mais très intenses arthralgies, affectant successivement de nombreuses articulations, même les plus petites (doigts, rachis); les signes locaux d'inflammation, rougeur, chaleur, tuméfaction, sont absents ou du moins minimales. La durée totale de la maladie est presque toujours inférieure

à quinze jours. L'impotence passagère consécutive est très rare.

4° Le salicylate de soude peut rendre de bons services dans les deux formes de l'affection. Cependant il paraît avoir un effet plus sûr et plus constant dans la seconde forme (polyarthralgies grippales d'emblée).

Vu : le Président de la thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BONNELIÈRE. — Contribution à l'étude de la grippe à manifestations multiples. Thèse de Paris, 1894.
- CHÉDEVERGNE. — De l'épidémie de grippe en 1895. Congrès français de médecine. Bordeaux, 1895.
- FERRAND. — Complications rhumatismales de la grippe. Société médicale des hôpitaux, 1890.
- GRASSET. — Leçons sur l'épidémie de grippe, 1889-1890.
- HUCHARD. — La grippe : remarques cliniques. Consultations médicales, 1906.
- HUYGHE. — Du pseudo-rhumatisme grippal. Archives provinciales de médecine, Paris, 1889.
- KELSCH et ANTONY. — Grippe et rhumatisme. Archives de médecine militaire, 1891.
- MAROTTE. — Epidémies de grippe de 1892 à 1895. Province médicale, 1896.
- OLLIVIER. — Le pseudo-rhumatisme dans la grippe. Normandie médicale, mars 1890.
- PELAN. — L'érythème nouveau au cours de la grippe. Presse médicale, 1898.
- SAMSON. — On influenzal arthrites. Medical press and circular. London, 1896, LXI, 569, 72.
- WEBER (G.). — Bulletin de la Société de thérapeutique, 1895.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I. — <i>Les rhumatismes aigus et la grippe</i>	10
CHAPITRE II. — <i>Les formes rhumatismales de la grippe.</i>	
<i>Etude clinique</i>	14
A. — Historique.....	14
B. — Pseudo-rhumatisme grippal.....	16
C. — Grippe rhumatismale.....	29
CHAPITRE III. — <i>La grippe rhumatismale. Diagnostic et</i>	
<i>traitement</i>	38
A. — Diagnostic.....	38
B. — Traitement.....	42
CONCLUSIONS.....	46
BIBLIOGRAPHIE.....	48

